

# DÉCLARATION DE SINISTRE GARANTIE MALADIES REDOUTÉES

À remplir exclusivement par le salarié et à transmettre sous pli confidentiel à :

**KLESIA**  
à l'attention du médecin conseil  
Service Médical  
TSA 20202  
69307 Lyon cedex

# KLESIA Pro

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHÉRENT

M.  Mme  Mlle Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nom de votre entreprise \_\_\_\_\_

Numéro de SIRET (indiqué sur votre fiche de paie) \_\_\_\_\_

## HISTOIRE DE LA MALADIE

Date du début de la maladie responsable de l'état actuel : \_\_\_\_\_

Date du début de l'arrêt de travail actuel : \_\_\_\_\_

**Hospitalisation ou soins dans un établissement assimilé ?**  oui  non  
(joindre obligatoirement les comptes rendus opératoires, d'hospitalisation, anatomo-pathologiques ...)

**Souffrez-vous d'une autre affection ?**  oui  non  
Si oui laquelle \_\_\_\_\_

**Au cours des 10 années antérieures, avez-vous :**  
• **Été en ALD ou êtes-vous en ALD**  oui  non  
Si oui depuis quand \_\_\_\_\_

• **Été hospitalisé(e) ?**  oui  non  
Si oui, joindre le compte rendu d'hospitalisation

• **Subi une opération chirurgicale ?**  oui  non  
Si oui, joindre le compte rendu opératoire et éventuellement histologique

• **Eu d'autres arrêts de travail pour raison de santé ?**  oui  non

## NOMS ET ADRESSES DES MÉDECINS ET SPÉCIALISTES CONSULTÉS AU COURS DE LA MALADIE :

.....  
.....  
.....

« Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je reconnais avoir été informé (e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'appréciation pour KLESIA Prévoyance, entraînera, la nullité des garanties alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (art.L 932-7 du Code de la Sécurité sociale) ».

« Je consens à ce que le personnel habilité du groupe de protection sociale KLESIA traite mes données de santé à des fins d'appréciation et de traitement de mon dossier ».

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, les informations transmises via ce questionnaire médical simplifié sont destinées à KLESIA Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement. Ces données sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les informations que vous nous communiquez sont destinées au Médecin conseil ainsi qu'aux personnels strictement habilités du groupe de protection sociale KLESIA. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : KLESIA-Service INFO CNIL - 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris ou par courrier à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)»